

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CEDEÑO	CORNEJO	BERNIS MERCEDES	23	09	1977	48 años, 1 meses, 22 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1309439592	MANABI	CHONE	RICAU RTE	RICAU RTE y	098-475-4506 / (00)-000-0000
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convencional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area
MSP	1309439592	RICAU RTE	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Nefrología		2025	11	14
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud	Servicio	Especialidad		día	mes	año

2. Motivo de la referencia o derivación:

Limitada capacidad resolutiva	☒	Saturación capacidad instalada	☐
Ausencia temporal del profesional	☐	Otros/especifique:	☐
Falta de profesional	☐		

3. Resumen del cuadro clínico

PACIENTE FEMENINA DE 48 AÑOS DE EDAD, ACUDE A ESTA CASA DE SALUD REFIRIENDO CUADRO CLÍNICO PROGRESIVO DE VARIOS DÍAS DE EVOLUCIÓN CARACTERIZADO POR DOLOR LUMBAR DE INTENSIDAD MODERADA. PACIENTE ACUDE POR NUEVA REFERENCIA A NEFROLOGIA, REFIERE HABER PERDIDO CITA ANTERIOR. ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES: HIPOTIROIDISMO DIAGNOSTICADO EN EL 2020, TRATADA CON LEVOTIROXINA 50MCG. ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS: NO REFIERE. ANTECEDENTES ALÉRGICOS: NO REFIERE. ANTECEDENTES PATOLÓGICOS FAMILIARES: NO REFIERE. AL MOMENTO AFEBRIL, ACTIVO, ELECTIVO, ORIENTADO EN LAS TRES ESFERAS COGNITIVAS, COLABORA CON EL INTERROGATORIO, HEMODINAMICAMENTE ESTABLE. A LA EXPLORACIÓN FÍSICA, CABEZA: NORMOCÉFALO, MUCOSAS HÚMEDAS Y ROSADAS; CUELLO SIN ADENOPATÍAS; TÓRAX SIMÉTRICO, CS PS CLAROS Y VENTILADOS, RS CS RÍTMICOS NORMOFÓNICOS; ABDOMEN, AUSCULTACIÓN: RS HS PRESENTES, PERCUSIÓN: TIMPÁNICA, PALPACIÓN: BLANDO DEPRESIBLE NO DOLOROSO A LA SUPERFICIAL Y PROFUNDA; *MANIOBRA DE PUÑO PERCUSIÓN POSITIVA, BILATERAL*; EXTREMIDADES: SIMÉTRICAS, MOVILIDAD, TONO NORMAL, FALANGES COMPLETAS EN MIEMBROS SUPERIORES E INFERIORES, TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO Y PIEL NORMAL. INDICACIONES: MEDIDAS GENERALES, CONSEJERÍA EN ALIMENTACIÓN SALUDABLE, CONSUMO DE AGUA SEGURA, EJERCICIO FÍSICO DIARIO 30 MINUTOS AL DÍA, LAVADO DE MANOS, SIGNOS DE ALARMA. PRESCRIPCIÓN: DICLOFENACO 50 MG CADA 12 HORAS POR 5 DÍAS, TAMSULOSINA 0.4 MG: 1 COMPRIMIDO DIARIO POR 15 DÍAS.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PACIENTE FEMENINA DE 48 AÑOS DE EDAD, ACUDE A ESTA CASA DE SALUD REFIRIENDO CUADRO CLÍNICO PROGRESIVO DE VARIOS DÍAS DE EVOLUCIÓN CARACTERIZADO POR DOLOR LUMBAR DE INTENSIDAD MODERADA. PACIENTE ACUDE POR NUEVA REFERENCIA A NEFROLOGÍA, REFIERE HABER PERDIDO CITA ANTERIOR. ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES: HIPOTIROIDISMO DIAGNOSTICADO EN EL 2020, TRATADA CON LEVOTIROXINA 50MCG. ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS: NO REFIERE. ANTECEDENTES ALÉRGICOS: NO REFIERE. ANTECEDENTES PATOLÓGICOS FAMILIARES: NO REFIERE. AL MOMENTO AFEBRIL, ACTIVO, ELECTIVO, ORIENTADO EN LAS TRES ESFERAS COGNITIVAS, COLABORA CON EL INTERROGATORIO, HEMODINAMICAMENTE ESTABLE. A LA EXPLORACIÓN FÍSICA, CABEZA: NORMOCÉFALO, MUCOSAS HÚMEDAS Y ROSADAS; CUELLO SIN ADENOPATÍAS; TÓRAX SIMÉTRICO, CSPS CLAROS Y VENTILADOS, RSCS RÍTMICOS NORMOFÓNICOS; ABDOMEN, AUSCULTACIÓN: RSHS PRESENTES, PERCUSIÓN: TIMPÁNICA, PALPACIÓN: BLANDO DEPRESIBLE NO DOLOROSO A LA SUPERFICIAL Y PROFUNDA; *MANIOBRA DE PUÑOPERCUSIÓN POSITIVA, BILATERAL*; EXTREMIDADES: SIMÉTRICAS, MOVILIDAD, TONO NORMAL, FALANGES COMPLETAS EN MIEMBROS SUPERIORES E INFERIORES, TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO Y PIEL NORMAL. INDICACIONES: MEDIDAS GENERALES, CONSEJERÍA EN ALIMENTACIÓN SALUDABLE, CONSUMO DE AGUA SEGURA, EJERCICIO FÍSICO DIARIO 30 MINUTOS AL DÍA, LAVADO DE MANOS, SIGNOS DE ALARMA. PRESCRIPCIÓN: DICLOFENACO 50 MG CADA 12 HORAS POR 5 DÍAS, TAMSULOSINA 0.4 MG: 1 COMPRIMIDO DIARIO POR 15 DÍAS.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
INSUFICIENCIA RENAL NO ESPECIFICADA	N19X	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-11-14	14:36	Medicina Rural	ROSSANA PAOLA NAVARRETE VERDUGA	1311453029	

III. CONTRAREFERENCIA ☐ REFERENCIA INVERSA ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Servicio	Especialidad

Contrarefiere o Referencia inversa a:				Fecha		
			/			
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area	día	mes	año

2. Resumen del cuadro clínico

3. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

4. Tratamiento y procedimientos terapéuticos realizados

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF

6. Tratamiento recomendado a seguir en le establecimiento de salud de menor nivel de atención y/o complejidad

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-11-14	14:36	Medicina Rural	ROSSANA PAOLA NAVARRETE VERDUGA	1311453029	